/3.

ISTERECTOMIA ADDOMINALE

ALLA FREUND

MORTE (PER RAFFREDDAMENTO PERITONEALE?)

OPERAZIONE ESEGUITA

DAL

Dr. ANTONINO D'ANTONA

Professore pareggiato di Chirurgia nella R. Università di Napoli.

Nota scritta da FRANCESCO DE SIMONE Assistente della R. Clinica Chirurgica.

Estratto dal giornale *Il Movimento Medico-Chirurgico*
Anno XIII — Fasc. 7° — 1881.

NAPOLI
Tipografia A. Trani.
1881.

Dal maggio 81 sino al 19 giugno dello stesso anno formò oggetto degli studii del prof d'Antona la signora Guglielmina Parisi maritata Farias, la quale venne consigliata a cercare l'aiuto di lui da illustri medici e chirurgi.

La diagnosi di cancro dell' utero era facilissima, così dalla osservazione fisica come da quello che la signora raccontava della sua malattia. Il dieci settembre 80 era stata operata dal prof. Cannizzaro in Catania di amputazione della porzione vaginale del collo dell' utero per una malattia la quale si era, si può dire, riprodotta prima ancora che la lesione chirurgica fosse bene andata a cicatrice. La riproduzione fu trattata cinque volte col caustico attuale e con topici di varia natura senza profitto alcuno, con effetto anzi di un andare sempre avanti del male e degli incomodi che cagionava. Dal 14 gennaio 81 a questi incomodi si aggiunsero i dolori terribili, massime posteriormente verso il sacro e verso le cosce, dolori che comparvero dopo una causa reumatizzante e che non più finirono, anzi crebbero a tale, che obbligarono la signora a risolversi a correre ogni pericolo pur di potersene liberare. Questi dolori non cedevano per nulla al cloralio, obbedivano ben poco alla morfina ad alte dosi, morfina che non poteva essere ulteriormente continuata senza che avesse influito svantaggiosamente su quel poco di appetito che la paziente conservava ancora, pel quale solo uova prendeva, ma abborriva completamente dalla carne. Chi scrive questa storia fu chiamato il 16 giugno, mentre era di guardia all' Ospedale Clinico, per una emorragia dei genitali, emorragia però che si contenne in limiti discreti e cedette a mezzi semplici: riposo, ergotina ed acido gallico internamente, e neve sull' ipogastrio. Notevole era il fatto che pel passato mai simili perdite di sangue v'erano state e che invece si avea in ogni ricorrenza mensile uno scolo sanguigno che potea ben dirsi una mestruazione: fatto che si ritenne come di buon augurio.

Dicea la signora inoltre di non avere avuto in famiglia precedenti di tumori maligni in nessuna regione; di non avere mai pel passato sofferto altre malattie; di aver avuto cinque aborti e in ultimo una bambina morta poco tempo dopo la nascita , e che avrebbe ora l' età di dieci anni. Mestruazioni sempre regolari.

Questo per i fatti commemorativi. I fatti fisici , che esporrò brevemente e che furono raccolti in ripetute e ponderate osservazioni con lo scopo di valutare la diffusione della neoplasia, non lasciavano dubbio sulla diagnosi di natura.

La inspezione dell'addome nulla rivelava del tumore. Con la palpazione dall' ipogastrio si percepiva l' utero arrotondato, regolare, che si elevava di poco al di sopra del margine superiore della sinfisi pubica e di una certa mobilità. Da' genitali si aveva una discreta perdita di un liquido come lavatura di carne, che non dava cattivo odore per la molta nettezza che la paziente si usava. Col riscontro e con lo speculum si notava che tutto l'utero era disceso e che la vagina era come raccorciata ; si rilevava la mancanza della porzione vaginale del collo che era sostituita da un cercine duro, rilevato e con una apertura irregolare e intaccata in alcuni punti. Il fornice vaginale anteriore era spesso e un po' indurato, mentre il posteriore era soffice e scorrevole. Da'fornici si rilevava la grandezza del corpo dell' utero, la quale anche meglio si apprezzava col riscontro, combinato alla palpazione dall'ipogastrio. Il catetere introdotto nella vescica rivelava una sensibilità estrema del collo di quella e della uretra, ma poca spessezza di tessuti si toccava tra il dito che arrivava sino al fornice vaginale anteriore e il catetere che premeva sull' uretra e sulla parete vescicale posteriore. Il dito introdotto nel retto facea riconoscerne la parete anteriore perfettamente soffice e scorrevole e, poggiato contro l' altro dito contemporaneamente introdotto nella vagina, facea rilevare perfettamente la poca spessezza delle due pareti rettale anteriore e vaginale posteriore riunite. Ancora dal retto si poteva apprezzare il volume, la superficie, la consistenza e la spostabilità dell'utero. Per sette centimetri penetrava la sonda nella cavità uterina, e con questo mezzo di esame fu riconfermata la mobilità del corpo dell'utero d' avanti in dietro e da un lato sull' altro. Dati questi fatti, si doveva ammettere, riguardo alla diffusione della malattia (ciò che era il punto diagnostico difficile) che il neoplasma non avesse invaso per nulla nè il retto , nè la vescica , e che si mantenesse ne' limiti della matrice. Quella sensibilità ed intolleranza alla introduzione del catetere e che rimase per un paio di giorni dopo dell' osservazione, dovea andare in seconda linea innanzi al dito , il quale nulla toccava di anormale. La signora era in età di 36 anni, bassa di statura, malandata nella nutrizione , con tinta che ricordava un poco una cronica infezione. Non però febbricitava e, se ne eccettuiamo l'insonnio (pei forti dolori) che la sciupava, un po' di mancanza di appetito e specialmente avversione per

la carne, e un po' di stitichezza, non avea del resto nessun disturbo nelle funzioni degli altri suoi organi. Era quindi operabile e la speranza nella operazione contribuiva non poco a rilevarla dal grave abbattimento di spirito in cui era caduta. Non poche furono le discussioni sulla scelta del metodo operativo. Era la prima volta che una tale operazione veniva eseguita in Napoli determinatamente.

La esecuzione dei varii processi su' cadaveri avea ammaestrato l'operatore sulla più facile eseguibilità del metodo addominale di Freund. Più facile però perchè cade meglio sott' occhio ciò che si fa. Ma l'operazione è immensamente più complicata e più grave e la sua statistica molto più infelice che quella de' processi dalla via della vagina, i quali hanno in loro vantaggio la maggiore semplicità e la statistica più favorevole. Si pensò quindi dapprima al metodo di Martin, il quale, col suo processo pubblicato nella *Berliner Klinische Wochenschrift* di quest' anno, è riuscito a risultati che nessuno sinora ha ottenuto.

Egli procede pel fornice posteriore, inciso il quale circolarmente e ligati tutti i vasi, penetra subito nello spazio di Douglas e con la guida delle dita di una mano porta le ligature della base de' ligamenti larghi da dietro in avanti, stando l' utero e i suoi annessi ancora in sito. Allora disseca l' utero dalla vescica spostandolo fortemente in dietro e procura l' arrovesciamento in dietro del suo corpo, cosa che non riesce facile. Compie l' operazione con la ligatura e la recisione dei ligamenti rotondi ed utero-ovarici. Questo processo ha i vantaggi di ligare tutto in sito e quindi di rendere difficile lo scappare delle ligature una volta situate, e di allontanare l' utero dalla vescica mentre si sciolgono le loro connessioni, rendendo così più lontano il pericolo della ligatura dell' uretere.

Ma la mancanza di collo uterino, la mancanza quindi della presa indispensabile che si deve avere su di esso fin dal principio della operazione, convinse l' operatore che questo processo non era eseguibile. Aveva egli pensato ad uno strumento speciale che dovea aver presa nella spessezza delle pareti uterine dal lato della cavità, ma questo istrumento richiedeva del tempo per esser costruito e avrebbe sempre avuto l' inconveniente che avrebbe permesso lo scolo di sangue e di icore dalla cavità uterina, la qual cosa avrebbe del tutto coverto il campo dell' operazione ed infettato la ferita. Si abbandonò quindi ogni cosa e si pensò al processo di Billroth. Billroth comincia la operazione dal fornice vaginale anteriore che scontinua, dopo avere fortemente tirato l' utero sino a fior di vulva; poi procede alla dissezione utero-vescicale sino al peritoneo, che apre largamente. Per questa apertura introdotte le dita cerca arrovesciare il corpo dell' utero e portarlo quasi fuori. Allora passa alle ligature di tutti gli annessi e recide. In ultimo incide il peritoneo dello spazio retto-uterino e completa l'operazione

Ma la mancanza del collo uterino non cessava di essere un grave in-

conveniente. A questo si sarebbe ovviato scollando quella piccola parte del fornice vaginale anteriore che dovea venire asportata, parte che poi avrebbe dato un punto di presa, ad una pinzetta americana per es. Nel medesimo tempo sarebbe stata zaffata la cavità uterina in modo da non permettere scolo di sangue nè di icore. L'utero molto abbassato invogliava a questo processo. Ma si era garantiti a bastanza contro la ferita della vescica? Questo fatto è avvenuto due volte nelle mani di Billroth, il quale ha operato sempre cancri più incipienti. Fece la sutura della vescica il grande operatore, ma che sutura si può fare in quelle condizioni? Le due operate morirono, e in un terzo caso il Billroth non potè completare l'operazione che estraendo l'utero a pezzi. E dippiù l'arrovesciamento di un utero di quel volume era egli possibile? Questo fatto del volume, ben constatato, da sè solo valeva a fare escludere completamente ogni processo dalla via della vagina, e difatti l' utero fu trovato così grosso, che l' arrovesciamento su di sè stesso nella cavità pelvica non sarebbe stato meccanicamente possibile.

Per la ligatura dell' uretere si può dire che si è alla pari. Questo inconveniente è avvenuto in tutti e tre i processi. È avvenuto una volta a Billroth con guarigione della malata. È avvenuto una volta a d'Antona, col metodo di Billroth sul cadavere, e si constatò con la sezione. Era forza quindi appligliarsi al processo di Freund e di correre tutti i rischi che dà la statistica molto meno felice di questo metodo, al quale incoraggiavano la bassa statura della donna con le sue pareti addominali piuttosto sottili.

Queste mutate condizioni furono esposte alla famiglia e principalmente al marito, al quale si disse che le speranze di guarigione erano come trenta su settanta, numero che rappresentava le probabilità di un insuccesso. Tutto questo a prescindere dal fatto della riproduzione del cancro dopo la guarigione. Al qual proposito infelice è la statistica delle operate di Billroth, le quali, dopo quattro mesi in media, si sono presentate con la riproduzione. È conosciuto anche il calcolo che fece il Paget sull'esito delle estirpazioni di cancri, considerati complessi-complessivamente in tutte le sedi del corpo. Ebbene dai suoi computi si ha che da cinque a sei mesi di vita guadagnano in media gli operati! Compenso ben meschino questo per il vanto e l'amor proprio di un operatore, e che per nulla incoraggia alla intrapresa di una grande operazione. Il prof. d'Antona opera quindi questi questi casi con molta ripuguanza, con molta riserva e con molte spiegazioni preventive verso le famiglie dei pazienti.

Fissata l'operazione, venne la volta dei preparativi.

Già la paziente, consigliata, avea cambiato di abitazione ed era passata a dimorare in una casa sul corso V. E., che è il sito più elevato e più igienico di Napoli, casa in buone condizioni e di pieno gradimento dell'operatore. Una stanza ne venne prescelta, grande sì ma la sola perfetta-

mente esposta e con due balconi. Questa fu svuotata di tutti i mobili che conteneva : non vi furono lasciati che soli tavolini e alcune sedie; ne fu lavato il pavimento, le porte e le finestre con soluzione di potassa bruta del commercio; vi si prepararono, ccn materassi nuovi inceratine nuove e lenzuola pulite, due piccoli letti, uno dei quali dovea servire all' operazione e l' altro alla inferma dopo operata. Il primo fu situato di lungo innanzi al balcone donde veniva maggior luce. L'altro, che dovea servire dopo, fu fatto con due materassi ciascuno fenduto longitudinalmente nel suo mezzo da una fessura, lunga circa un palmo nel superiore, e la metà nello inferiore. Le due fenditure si corrispondevano e fu passato in esse un imbuto nuovo che venne connesso con un tubo di gomma elastica, il quale pescava in un gran recipiente sotto il letto. Il materasso superiore venne coverto da una impermeabile nuova, la quale si infossò nello imbuto, si perforò in vari punti dei più declivi di questo infossamento e si cucì intorno all' imbuto sul materasso, perchè vi rimanesse fissata. Tutto questo era disposto per fare la irrigazione continua nella vagina. Pel quale obbietto venne anche preparato un grosso tubo da drenaggio , (12 mm. di diametro) a pareti spesse, nell' interno del quale vennero (da forami laterali) introdotti cinque pezzetti di tubo di vetro, lunghi un centimetro e che rimanevano tra loro nel tubo elastico alla distanza di un centimetro e mezzo, distanza che era occupata da' fori laterali. Così la sua parte media veniva ad essere sostenuta e irrigidita in guisa che lo scolo del liquido d' irrigazione non dovesse per nessun modo mancare. Pel resto della irrigazione venne disposto un tubo elastico che facea da sifone , connettendosi al braccio corto di un tubo di vetro piegato ad angolo retto il cui braccio lungo attraversava un grosso tappo di caoutchouc e andava a pescare sino al fondo di un bottiglione di forte vetro, in cui era la soluzione antisettica. Il tappo di coautchouc era attraversato da un altro tubo di vetro piegato ad angolo retto, di cui l' estremo libero si connetteva a un comune insufflatore di gomma elastica, mentre lo estremo immerso nel bottiglione si arrestava sopra il livello del liquido. Il tubo elastico, che trasportava la soluzione nel drenaggio vaginale, poteva al bisogno venir chiuso da una pinzetta, volendosi sospendere la irrigazione.

Tutti questi apparecchi si mostrarono perfetti alla prova. Furono preparate soluzioni fenicate al $^{2}/_{100}$ e al $^{5}/_{100}$ in grande abbondanza, e vennero accesi, per i due giorni consecutivi precedenti a quelli di operazione, due polverizzatori a vapore co' quali vennero in ciascun giorno sparsi nell' atmosfera della stanza 250 a 300 grammi di acido fenico.

La mattina della operazione si fece altrettanto, cominciando tre ore innanzi di operare. Fu anche un mezzo di elevare la temperatura di quella stanza grande. Gli strumenti tutti, che erano stati fatti in antecedenza pulire, furono immersi nella soluzione al $^{5}/_{100}$ di acido fenico e formavano un apparecchio da operazione completo. Si apprestarono la medi-

catura e le spugne nuove, tenute già per tre giorni nella soluzione fenicata al $^{10}/_{100}$. Pel lavamento di esse durante l' operazione erano disposti varii bacili, l' ultimo dei quali contenente acqua fenicata al $^{2}/_{100}$ calda. La signora, che due giorni prima era stata purgata col solfato di soda, avea mangiato la sera innanzi, e forse contro sua voglia, un buon pezzo di arrosto di bue ed era rimasta perfettamente digiuna la mattina della operazione. Le si dette un buon semicupio tiepido di nettezza, alla cui acqua, residuale ad altra fu tolta, si aggiunse acqua fenicata al $^{5}/_{100}$ in modo da convertire il liquido in acqua fenicata approssimativamente all' uno per cento. Le furono rasi i peli dei genitali e le si praticarono per mezz' ora iniezioni antisettiche nella vagina. Ciascuno degl' invitati alla operazione sapeva che dovea indossare in quel giorno abiti nuovi e biancheria pulita.

Prima che la malata entrasse nella stanza da operazione, l'operatore espose a' professori Gallozzi, Schrön, Cotronei, Jennaco, Malbranc, Maffucci, Morelli, Turretta, Vittorelli e ad altri che assistevano, la diagnosi ne' suoi particolari e i sintomi pei quali v'era stato condotto, come pure le ragioni per le quali egli presceglieva il metodo di Freund. Espose il suo proposito di cominciare con una piccola incisione, per la quale avrebbe confermato, con le dita introdotte nella cavità addominale, la mancanza diagnosticata di qualsiasi aderenza dell' utero con la vescica col retto o con gli intestini. Trovando le cose diversamente , egli avrebbe chiuso la ferita addominale e soprasseduto da qualsiasi altro procedimento.

L'operanda venne situata sul letto in decubito orizzontale con la testa rivolta verso il luogo donde veniva la luce. Si adoperò il cloroformio e gli spolverizzatori agirono continuamente durante l'atto operativo. Fatto il cateterismo, incisi i varii strati della linea alba sino al peritoneo parietale e fatta una accurata emostasia, venne aperta la cavità addominale. Introdusse il dito l'operatore per verificare lo stato delle cose e annunziò che l'utero era libero da ogni aderenza. Allora allargata la ferita, fattane di nuovo la emostasia e divaricatine i margini con gli uncini ottusi, fu scoverto il corpo dell' utero, ingrandito così da riempire buona parte del cavo pelvico. Fu preso con una pinzetta di Museaux e si cominciarono a passare i fili di seta attraverso il legamento largo sinistro. Questi fili furono passati con un ago senza punta, curvo, armato nella pinzetta di Spencer Wells, spinto con la cruna innanzi. Il filo veniva passato a doppio e allora un capo serviva alla prima ligatura, l'altro alla seconda dopo essere stato di nuovo infilato nell'ago. A questo modo nessuna porzione di ligamento largo rimaneva senza essere stretta da laccio. Col primo nodo si strinse la tromba e metà del ligamento utero ovarico, col secondo si strinse la seconda metà del suddetto ligamento e il ligamento rotondo, col terzo nodo si strinse il fornice vaginale col resto del ligamento largo. Questa è la ligatura più importante, perchè com-

prende l'arteria uterina, e fu la più difficile a passare, poichè riesce difficilissimo attraversare il resistente tessuto della vagina con un ago ottuso. Con attenzione particolare quindi fu stretta questa legatura. I fili furono lasciati lunghi e furono variamente annodati nella loro lunghezza perchè si fossero distinti.

Si riconobbe che la legatura inferiore sinistra avea ceduto, che perciò l'arteria uterina sinistra, non istretta dal laccio, dava sangue dalle sue ramificazioni scontinuate dal taglio. Si applicò una pinzetta di B i l l r o t h sul sito sanguinante e si pensò di passare un'altra ligatura con lo ajuto della prima. Si raccomandò quindi un filo al pieno dell'ansa; però l'assistente, invece di tagliare lateralmente al nodo, tagliò sul nodo stesso, onde non fu possiaile passare il nuovo filo sulla guida dello antico. Dovette quindi essere passato un' altra volta con l' ago di C o o p e r. Fu passato, fu stretto e l'emorragia, che avea continuato un poco non ostante la pinzetta di B i l l r o t h applicata, cessò completamente.

Si tagliò quindi la inserzione del ligamento largo destro sull' utero, con le sue formazioni , senza alcuno inconveniente. Un assistente introdusse in questo momento il catetere in vescica e il dito nella vagina. L' operatore dallo addome toccava benissimo il catetere, ma non sentiva col suo dito il dito che teneva in vagina l' assistente : segno di molta spessezza di tessuti tra il fornice vaginale anteriore da una parte e il peritoneo della escavazione vescico-uterina e del fondo della vescica dall' altra parte. La neoplasia dunque, in una sezione limitata, avea invaso il setto utero-vescicale.

Visti questi pericoli, il bisturi servì solo a scontinuare il peritoneo. Le aderenze con la vescica furono scollate con l'opera delle sole dita. Nondimeno venne scontinuata la parete vescicale posteriore verso il fondo e allora si estrasse prontamente il catetere, il quale non avea più scopo di esser tenuto in vescica, anzi sarebbe stato nocivo col suo passaggio indubitato nel cavo addominale. A questo punto una discreta quantità di sangue veniva presentandosi nel campo operativo, e poichè con le spugne non si poteva più asciugare in guisa da rischiarare quello, l'operatore rapidamente si decide a completare l'ablazione dell'utero con un bisturi bottonato,portato sulla guida delle dita della mano sinistra. Questo momento, condotto con la rapidità con la quale fu pensato, terminò la operazione. Zaffi di ovatta fenicata s'introdussero nel cavo addominale, le cui pareti temporaneamente sopra essi si chiusero e si mantennero compresse con molta ovatta fenicata. Dopo un cinque minuti , divaricati i margini della ferita, rimuovendo con molta precauzione i zaffi di ovatta, si trovò il campo della operazione asciutto, tanto che non vi fu bisogno di ligare alcun vaso. Fu allora che furono ricondotti i fili per la vagina.Si avvicinarono tra loro, con una serie di punti , i margini tagliati del peritoneo ; serie di punti che fu messa in direzione frontale rispetto al corpo e che ebbe per effetto di porre la scontinuità

della vescica fuori comunicazione col cavo addominale, e di renderla invece comunicante con la vagina. Della ferita addominale, che si estendeva nella linea alba, dallo ombelico sino alla sinfisi del pube, fu fatta la sutura col modo solito dell' operatore. Punti staccati, passati con forti aghi muniti di buona seta fenicata e comprendenti anche il peritoneo parietale.

Lavata la donna con ispugne bagnate, le venne passato sotto un lenzuolo pulito, e sulla ferita fu apposta la medicatura antisettica con molta ovatta fenicata e comune, la quale venne mantenuta con una fascia a molti capi, applicata con sufficiente strettezza. Fu passato in ultimo, ad ansa nella vagina, il drenaggio vaginale di cui si è parlato. I polsi della signora si mantenevano sufficientemente bene, la fisonomia era composta. Venne passata al letto che le era stato preparato nel modo detto di sopra, venne connesso al drenaggio vaginale il tubo portatore nella soluzione antisettica, che era acqua fenicata all' $^1/_{200}$ e alla temperatura del corpo, e si cominciò la irrigazione. La quale procedè benissimo, e senza nessuno inconveniente, non ostante la irrequietezza della operata la quale si lagnava specialmente della strettezza della fascia. Prendeva però cucchiai di brodo, di marsala ecc., senza aver mai conati di vomito.

Dopo un' ora di irrigazione, temendosi un' azione nociva dall' acido fenico, non però perchè se ne fosse avuto alcun sintoma, si sostituì alla acqua fenicata all'$^1/_{200}$ la soluzione di permanganato di potassa, all' $^1/_{1000}$; ma la signora si dolse molto di questa irrigazione, la quale quindi si facea ad intervalli, chiudendo molto spesso il tubo elastico con la pinzetta.

Un certo raffreddamento degli estremi, che avea tendenza a manifestarsi, veniva rimosso o ritardato da panni di lana che spesso venivano sostituiti da altri riscaldati; ma dopo poche ore dalla operazione si aggiunse un ricorrente senso di ambascia, sudori freddi, e il raffreddamento degli estremi si fece più cospicuo. L'acqua che usciva dal drenaggio vaginale si mantenne però sempre così chiara, da indicare sicuramente che nessuna goccia di sangue venne più dalla vasta ferita pelvica dopo l'operazione. Per nove ore si durò in questo stato. L'operata morì con fenomeni di collasso, dal quale non valse a rilevarla nessun eccitante di qualsivoglia natura, non escluse le iniezioni ipodermiche di tintura di muschio, di castorio e di etere. Raffreddamento e sudori freddi, pallore della fisonomia, grande frequenza del polso, da non potersi contare, e del respiro, che diveniva sempre più superficiale.

S' era risoluto di ricorrere alla irrigazione con solfiti, lasciando quella con permanganato la quale, facilmente decomponendosi, dava fiocchi che non si poterono in alcun modo evitare, che però uscivano per la vagina attraverso il drenaggio; ma non si fu nel caso di fare queste irrigazioni.

Gli esperimenti sul raffreddamento peritoneale, ripetuti e confermati dal nostro Bottini, fanno con grande probabilità sospettare che la morte, avvenuta sotto forma di collasso, sia stata dovuta a tale raffreddamento. La cavità addominale rimase per due ore e mezzo, durata della operazione, esposta all'aria della stanza, e gl'intestini di necessità rimasero molto tempo solo trattenuti e custoditi dalle mani dello assistente e non coverti che da pannilini. Veramente non fu misurata la temperatura della stanza, ma essa non doveva essere bastevolmente alta, data la grandezza di quella, e vuol dire che neanche la gran quantità di vapore acquoso contenuto nello ambiente, e che certamente ostacolava l'evaporazione peritoneale, fu tale da impedire un raffreddamento del peritoneo che si rese incompatibile con la vita.

Questa è la causa più probabile della morte: una infezione non può mai svilupparsi in così poco tempo, nè il sangue perduto durante l'operazione fu in tale quantità da giustificare la rapida perdita della operata, nè dopo l'operazione si ebbe la uscita di una sola goccia di sangue, perchè il liquido di irrigazione uscì dalla vagina sempre limpido. Neanche le sofferenze durante e dopo l'operazione furono tali da far pensare ad un esaurimento nervoso da altre cagioni. La morte adunque deve riferirsi a quello che vagamente dicesi con parola inglese *shock*, del quale una delle forme più concrete è il raffreddamento addominale nelle laparotomie.

Come va che non furono potute diagnosticare le aderenze neoplastiche dell'utero con la vescica? Certo pel fatto che, allo esame con la sonda uterina, doveva avvenire un movimento dell'utero insieme a tutta la parete vescicale posteriore. E questo dobbiamo credere quantunque non si destavano dolori a questi movimenti comunicati dalla sonda, mentre poi così facile molestia si suscitava al cateterismo. Solo fenomeno questo che potea portare alla diagnosi di quelle aderenze. Ma, oltre che al dolore non si può dare un valore concreto, esso fu spiegato per la compressione che meccanicamente portava l'ingrossato corpo dell'utero sul collo della vescica. Il cateterismo perciò riusciva doloroso perchè dilatava forzatamente il collo della vescica compresso. Non si credette necessario e, per la grande sensibilità, si evitò di fare la dilatazione dell'uretra, per introdurre il dito nella cavità della vescica a scopo diagnostico.

Si sa dalle storie di tali operazioni che simili sconoscimenti sono avvenuti molto spesso; e quando si pensa che ciò è accaduto più volte nella pratica dello stesso Billroth, si deve concludere che la esistenza o no di aderenze dell'utero con la vescica è un fatto de' più difficili a determinarsi.

In generale, oltre gli altri fatti conosciuti, si può dire che quanto più il neoplasma è diffuso al corpo dell'utero e profondamente ulcerato, più probabili sono queste aderenze.
